

様式第1号

## 十日町市障がい者タクシー等利用券交付申請書

年 月 日

十日町市長 様

申請者	〒 ー 住所 十日町市 電話 ( )
	氏名 印 生年月日 年 月 日 ( 歳)

下記により、障がい者タクシー等利用券助成事業の対象者に該当しますので、助成の適用を受けるべく障がい者タクシー等利用券の交付を申請します。

	対象障がい名および障がい等級	
		視覚障がい
	聴覚障がい	2
	肢体不自由	1・2・*3
・身体障がい者手帳 ・療育手帳 ・精神障がい者保健福祉手帳	心臓機能障がい	1・3
	呼吸機能障がい	1・3
	ぼうこう直腸機能障がい	1・3
	肝臓機能障がい	1・2・3
	腎臓機能障がい	1・3
交付年月日 年 月 日	*人工透析受療医療機関名	
手帳番号 十日町市 第 号	・小千谷総合病院十日町診療所 ・小千谷総合病院 ・その他 ( )	
	療育手帳	A
	精神障がい者保健福祉手帳	1

\*上肢のみ不自由は除きます

\*人工透析療法を受けるため医療機関に定期的に通院している方は、人工透析を受けている医療機関名を記入してください

利用券 No